

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE A L'HOPITAL DU POINT G

DIALLO B¹, SANOGO K², DIAKITE S¹, DIARRA M.B², TOURE M.K³

1. Service de Cardiologie "B" Hôpital du point G

2. Service de Cardiologie Hôpital Gabriel Touré

3. Service de Cardiologie "A" Hôpital du point G

RESUME

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude prospective sur l'insuffisance cardiaque dans le service de cardiologie B de l'Hôpital du Point G du 01/01/2000 au 31/12/2002. Elle avait pour objectifs d'en décrire les aspects cliniques et d'en évaluer l'évolution.

L'échantillon comprenait 436 patients répartis entre 105 femmes (58,3%) et 75 hommes (41,7%). L'âge moyen de l'échantillon était de 59 ans.

Tous les types anatomocliniques d'insuffisance cardiaque étaient décrits avec prééminence de l'insuffisance cardiaque gauche (63,9%).

Les anomalies rythmiques prédominaient à l'ECG (87,3%). La cardiomégalie radiologique était presque constante (97%), L'échocardiographie montrait plusieurs anomalies parmi lesquelles prédominait la dilatation cavitaire.

Parmi les étiologies, l'hypertension artérielle, les valvulopathies et l'insuffisance cardiaque indéterminée prédominaient avec des fréquences respectives à 46,7%, 20% et 12,8%.

L'évolution hospitalière était favorable le plus souvent (85,6%). 16 décès étaient enregistrés soit une mortalité globale de 3,6%.

L'insuffisance cardiaque est le stade ultime et très souvent inéluctable de l'évolution de nombreuses pathologies cardiovasculaires. Sa prise en charge peut être améliorée, d'une part par l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque cardiovasculaires, d'autre part par l'équipement des services de cardiologie en moyens d'exploration et de soins.

MOTS CLES : Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle

1. INTRODUCTION

Aboutissement fréquent de l'évolution de nombreuses pathologies cardiaques, l'insuffisance cardiaque selon BOUNHOURE [1] est une affection pandémique et fréquente touchant à travers le monde 15 millions d'individus. Toujours selon BOUNHOURE 500 000 nouveaux cas surviennent chaque année.

Le dogme de l'inexistence de la pathologie cardiovasculaire chez le noir africain est un mythe depuis 1950, année à partir de laquelle une émergence a été prouvée par différents auteurs [2, 3, 4]. Cette rareté du reste était expliquée par l'intérêt particulier accordé aux épidémies meurtrières et aux grandes endémies.

KANTE [5] et TOURE [6]. respectivement en 1979 et 1981 ont montré que l'insuffisance cardiaque constituait en Cardiologie le premier motif de séjour hospitalier d'où l'intérêt du présent travail pour:

- en décrire les aspects cliniques
- préciser les étiologies
- évaluer l'évolution.

2. METHODOLOGIE

L'étude était à la fois rétrospective et descriptive et a porté sur tous les dossiers d'admission en Cardiologie du 01/01/2000 au 31/12/2002.

Etait éligible au protocole tout patient des deux sexes et de tout âge hospitalisé pour insuffisance cardiaque.

N'ont été inclus de l'étude:

- les insuffisances cardiaques non hospitalisées
 - les insuffisances cardiaques non documentées par la radiographie thoracique et l'échocardiographie.
- Chaque patient de l'échantillon a bénéficié d'un support individuel de données avec enregistrement systématique des données socio-démographiques et cliniques et des résultats des explorations complémentaires.

L'analyse des données a été faite sur EPI-info.

3. RESULTATS

De Janvier 2000 à Décembre 2002, 436 patients ont été admis dans le service de Cardiologie B de l'hôpital du point G pour pathologies cardiaques.

L'insuffisance cardiaque, avec 180 cas, constituait 41,3% de l'ensemble des atteintes cardiaques observées.

Dans la série, 105 malades (58,3%) étaient de sexe féminin et 75 (41,7%) de sexe masculin, l'âge moyen était de 59 ans et les extrêmes de 12 ans et 95 ans pour un mode de 60 ans.

La répartition par sexe et selon les tranches d'âge montrait jusqu'à 64 ans une prédominance féminine et au delà une inversion.

Les malades en majorité étaient urbains (73,3%) et de faible niveau de vie (65%).

La dyspnée décrite 190 fois était la plainte dominante et essentiellement permanente (120 fois). Elle était suivie de la toux 110 fois.

Les signes stéthacoustiques dominants étaient:

- la tachycardie entendue chez 156 malades et le plus souvent régulière (71,8%),
- le souffle cardiaque chez 76,5% des malades, presque toujours à type de régurgitation mitrale.

Tous les types anatomocliniques d'insuffisance cardiaque étaient décrits avec prééminence de l'insuffisance cardiaque gauche (63,9%). La distribution selon le sexe faisait apparaître une prédominance féminine de l'insuffisance cardiaque globale et gauche alors que l'insuffisance cardiaque droite était surtout masculine.

Par rapport aux tranches d'âge, la majorité des insuffisances cardiaques globales (71,3%) et de l'insuffisance ventriculaire gauche (63,9%) survenait après 44 ans de même que tous les cas d'insuffisance ventriculaire droite.

Les anomalies rythmiques prédominaient à l'ECG (87,3%) et il s'agissait le plus souvent de tachycardie (108 fois). Une arythmie complète par fibrillation auriculaire était lue 6 fois. 105 cas (83,3%) d'hypertrophie pariétale étaient rapportés; ventriculaire gauche 97 fois.

L'échocardiographie montrait plusieurs anomalies:

- une dilatation cavitaire 107 fois (ventriculaire gauche 93 fois);
- des lésions sclérorétractiles valvulaires 60 fois (à localisation mitrale dans 54 cas).
- un thrombus intra-cavitaire 15 fois (9 dans le ventricule droit et 6 dans le ventricule gauche).

La cardiomégalie radiologique était presque constante (97%), décompensée 25 fois et avec des images d'hypertension artérielle pulmonaire 22 fois. Parmi les étiologies, l'hypertension artérielle, les valvulopathies et l'insuffisance cardiaque indéterminée prédominaient avec des fréquences respectives à 46,7%, 20% et 12,8%. Leur répartition selon l'âge montrait presque toujours un maximum de recrutement après 44 ans sauf pour la cardiomyopathie primitive où la totalité des cas avait 44 ans au moins.

($P=0,00000$ $X^2=97,60$).

L'hypertension artérielle, les valvulopathies, la cardiomyopathie et le cœur anémique étaient surtout féminins; l'insuffisance cardiaque indéterminée, les troubles du rythme isolés et la coronaropathie surtout masculins. Le cœur pulmonaire chronique était lui exclusivement masculin. ($P=0,012$ $X^2=20,99$).

L'insuffisance cardiaque globale (57/115) et l'insuffisance ventriculaire gauche (27/61) étaient surtout liées à l'hypertension artérielle et l'insuffisance ventriculaire droite au cœur pulmonaire chronique (2/4) et à l'hypertension artérielle pulmonaire primitive (2/2). ($P=0,000000$ $X^2=120,67$)

Le séjour hospitalier moyen a été de 11 jours et les extrêmes de 1 jour et 52 jours.

L'insuffisance cardiaque globale était responsable des séjours les plus longs et l'insuffisance ventriculaire droite des plus courts.

L'évolution à la sortie était favorable le plus souvent (85,6%). 16 décès étaient enregistrés soit une

mortalité globale de 3,6% et selon le sexe de 12% chez les hommes et de 6,7% chez les femmes.

L'insuffisance cardiaque globale avec 13 décès (81,25%) était l'atteinte la plus meurtrière.

Pendant le suivi, 24 malades ont été rehospitalisés une fois et 4 plus de deux fois. La cause de rehospitalisation dans 85,7% des cas était la dégradation hémodynamique essentiellement par mauvaise compliance au traitement.

4. COMMENTAIRES

L'âge moyen de 59 ans dans notre série était supérieur à ceux de KANTE [5], de TOURE [6] et de DIARRA [7] et peut être expliqué par l'extension de la couverture médicale et l'amélioration même de l'espérance de vie au Mali.

La prédominance selon le sexe y était féminine (58,3%) en accord avec SANOGO [8] alors que KANTE [5] ne trouvait pas de différence dans la distribution selon le sexe.

Les plaintes fonctionnelles dominantes étaient la dyspnée et la toux, témoin du stade avancé de la dégradation hémodynamique.

En accord avec d'autres auteurs [9, 10, 8, 6], l'insuffisance cardiaque globale était le type anatomoclinique dominant, témoin du recrutement encore tardif de nos malades. Comme ailleurs [7, 5, 9, 10], l'insuffisance ventriculaire gauche et l'insuffisance ventriculaire droite occupaient respectivement le 2^{ème} et 3^{ème} rang de fréquence.

La tachycardie électrique, la dilatation cavitaire échocardiographique et la constante cardiomégalie radiologique étaient toutes suggestives de l'ancienneté et de la sévérité des lésions myocardiques.

L'hypertension artérielle (46,7%) constituait le premier groupe nosologique, constat fait par d'autres auteurs [7, 5, 6]. Elle est suivie des valvulopathies, 20% dans notre série taux voisin des 21,1% de TOURE (6) mais inférieur aux 43,27% et 45% respectivement de DIARRA [7] et KANTE [5]. Parmi elles, l'insuffisance mitrale était plus courante, comme l'ont montré des travaux antérieurs [11, 10, 6].

L'insuffisance cardiaque de cause indéterminée, à 12,8% de fréquence, reste encore fréquente, reflet de nos insuffisances dont le taux baissera certainement avec l'amélioration de nos moyens d'exploration.

Le cœur pulmonaire chronique (1,7%) était exclusivement masculin et peut être témoin du respect de l'interdit culturel chez nous du tabagisme féminin.

Le séjour moyen hospitalier était de 11 jours dans l'étude contre 12 jours chez TOURE [6] et 16 chez SANOGO [8]. L'évolution était majoritairement favorable (85,6% dans notre étude, 88,2% chez TOURE) pour une mortalité de 8,9% inférieure au taux de TOURE (6) et BOUNHOURE [1] respectivement de 12% et de 15 à 30%. La mortalité chez les hommes (12%) était environ 2 fois plus élevée (6,7%) que chez les femmes. Enfin la plus forte létalité décrite au cours de

l'insuffisance cardiaque globale paraissait liée au moins en partie à sa gravité lésionnelle.

5. CONCLUSION

L'insuffisance cardiaque est le stade ultime et très souvent inéluctable de l'évolution de nombreuses pathologies cardiovasculaires. Sa prise en charge passe:

- pour la prévention : par l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque cardiovasculaires et sur l'utilité de la pénicillinothérapie dans les angines;
- et pour le traitement : par l'équipement des services en moyens d'exploration notamment non invasifs (Echocardiographe, Holter rythmique et tensionnel) et en Unité des soins d'urgence.

REFERENCES

1. BOUNHOURE J.P - Insuffisance cardiaque. Problèmes actuels. Edition J. B. BAILLEURE: 1988; P. 109- 113.
2. KOATE P - Aspets généraux de la pathologie cardiovasculaire en milieu africain. Méd- Afr- Noire: 1961; Numero Spécial: 39-47.
3. PAYET M et PENE P - Les cardiopathies en milieu africain. Gaz- Méd- France: 1956; 63(7): P597- 607.
4. SANKALE M et COLL - Les cardiopathies en milieu Africain au Soudan Français. Méd Tropicale: 1958; 18 (4): P 620- 637.
5. KANTE M - Insuffisance cardiaque à propos de 200 cas en milieu hospitalier. Thèse Méd- Bamako: 1979; M 34.
6. TOURE M. K, DUCAM H et KANTE M - Insuffiance cardiaque au Mali. Etude à partir de 330 cas. Mali- Méd: 1981; IV N° 2: P 61- 68.
7. DIARRA M.B - Morbidité et Mortalité cardiovasculaires hospitalières à propos de 772 cas. Thèse Méd- Bamako: 1982; M 10.
8. SANOGO T - Morbidité et Mortalité cardiovasculaires hospitalières observées à l'Hôpital National du Point G. Thèse Méd- Bamako: 1985; M16.
9. SANGARE K - Place de la pathologie cardiovasculaire dans les activités d'un médecin chef de cercle. Thèse Méd- Bamako: 1983; M 3.
10. SANOGO KM - Complications de l'HTA et leur évolutions observées en milieu hospitalier. Thèse Méd- Bamako: 1980; M1.
11. COULIBALY Z - Le RAA et les cardiopathies rhumatismales dans la commune II du District de Bamako. Thèse Méd- Bamako 1986; M 21.